FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931-1932 N°

327

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PRÉSENTÉE PAR

Marc FORESTIER

NÉ LE 1er MARS 1906 A LORIGNAC (CHARENTE-INFÉRIEURE)

Les abcès de la cloison recto vaginale

Président : M. LE PROFESSEUR CH. LENORMANT

PARIS
IMPRIMERIE « LABOR »
8, BOULEVARD DE VAUGIRARD
— 1932 —

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931-1932 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PRÉSENTÉE PAR

Marc FORESTIER

NÉ LE 1er MARS 1906 A LORIGNAC (CHARENTE-INFÉRIEURE)

Les abcès de la cloison recto vaginale

Président : M. LE PROFESSEUR CH. LENORMANT

PARIS
IMPRIMERIE « LABOR »
8, BOULEVARD DE VAUGIRARD
— 1932 —

I. — PROFESSEURS

LE DOYEN : M. BALTHAZARD

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GREGOIRE.
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL - LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BESANÇON. ACHARD. M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. CUNEO. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE. MULON.

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Neurologie et Psychiâtrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie médicale	Henri BENARD.
Physiologie	CHAILLEY-BERT
Chimie biologique	SANNIE.
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Pathologie médicale	BRULE.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale	de GAUDART d'ALLAINES.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Bactériologie	GASTINEL.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Pharmacologie	BUSQUET.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HARVIER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique	Henri LABBE.
Pathologie médicale	Guy LAROCHE.
Anatomie pathologique	HUGUENIN.
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Neuro-psychiâtrie	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale	LIAN.
Pharmacologie	HAZARD.
Histologie	MILLOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Anatomie pathologique	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Physiologie	RICHET.
Dermatologie et syphiligraphie	SEZARY.
Pathologie médicale	VALLERY-RADOT (Pasteur).
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophtalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Obstétrique	VIGNES.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

	MM.
Obstétrique	GUENIOT.
Obstétrique	LEQUEUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTERER.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE, A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI CHIRAY DEBRE DUVOIR LERI	Clinique médicale	AUVRAY BASSET CHEVASSU HEITZ-BOYER MATHIEU MOCQUOT PROUST SCHWARTZ	Clinique chirurgicale
LÉVY-SOLAL METZGER LE LORIER	Clinique obstétricale		

V. — CHARGES DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, Professeur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLET - BERT, agrégé.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEILL HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551819_0042

A MON PERE

A MA MERE

A MON FRERE

en témoignage de ma grande affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur Ch. LENORMANT

Professeur de Pathologie chirurgicale

à la Faculté de Paris.

Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié

qui nous fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Et à son interne

Monsieur X. CONTIADEZ

A Monsieur le Professeur ROUVIERE

Professeur d'Anatomie

à la Faculté de Médecine de Paris

Chef des Travaux anatomiques

pour les conseils qu'il nous a généreusement offerts.

A Monsieur le Docteur A. FOLLIASSON

Interne des Hôpitaux de Paris

Chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine

(Laboratoire de médecine opératoire)

qui a bien voulu nous proposer le sujet de ce travail et nous assister de ses conseils.

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE DE POITIERS

MM. les Docteurs BARNSBY, BORREL, CHRÉTIEN (*in memoriam*), DELAUNAY, FERRU, LATRONCHE, LE BLAYE, MORICHAU-BEAUCHANT, PERDOUX, VELLUET, VINCENT.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

MM. les Professeurs SÉBILEAU, TERRIEN, LEGUEU, CLAUDE

A MESSIEURS LES MEDECINS ET CHIRURGIENS
DE L'HOPITAL D'ARGENTEUIL

MM. les Docteurs AUCLAIR, BERTRAND, COLIN, DÉTROIS, GOSSELIN, DE GRISSAC, LUMIÈRE, MANET, REYGUIER.

PREAMBULE

Nous avons réuni dans cette étude quelques observations d'abcès de la cloison recto-vaginale. Nous n'avons pu rassembler que cinq cas de cette affection. Elle est donc rare, mais son existence mérite d'être connue du clinicien, en vue du diagnostic d'une collection suppurée de la paroi postérieure du vagin.

En recherchant dans la bibliographie, nous n'avons pu trouver aucun travail d'ensemble sur cette question. Les traités classiques de chirurgie et de gynécologie n'en font pas mention.

Nous nous proposons de concentrer dans cet opuscule ce qui a trait à cette affection, mais nous serons très limités par le petit nombre des observations que nous avons pu réunir.

La grande ressemblance des cas que nous allons rapporter nous permettra cependant de tirer quelques conclusions et de décrire les abcès de la cloison recto-vaginale comme une entité pathologique bien définie.

OBSERVATIONS

Les deux premières observations d'abcès de la cloison recto-vaginale qui aient été publiées sont celles qui ont fait l'objet d'une note du professeur Lenormant, dans les *Annales d'Anatomie Pathologique* du mois de janvier 1931. Le premier cas observé remonte au 3 décembre 1925; le second, plus récent, au 6 novembre 1929.

Voici la note du professeur Lenormant :

« J'ai eu l'occasion d'observer et d'opérer deux cas d'abcès limités à la cloison recto-vaginale, bien enkystés, et sans coexistence d'autre lésion inflammatoire génitale ou rectale. Les faits de ce genre doivent être rares, car je ne les ai pas trouvés signalés dans les traités classiques de chirurgie ou de gynécologie. Ils me paraissent bien mériter d'être connus.

« Mes deux malades étaient des femmes de trente et de trente-huit ans, qui ne présentaient pas d'autre lésion qu'un peu de métrite cervicale avec pertes blanches, sans ulcération du col, sans salpingite. Chez toutes deux, les accidents s'étaient traduits uniquement par une sensation de pesanteur et de tension pelviennes, quelques douleurs, un peu de tenesme. Il y avait de la fièvre, d'ailleurs modérée et ne dépassant pas 38°5.

« A l'examen, on pouvait, aussi bien par le toucher rectal que par le toucher vaginal, ou mieux encore en palpant la cloison entre un doigt rectal et un doigt vaginal, sentir un épaississement œdémateux de cette cloison. La limite inférieure restait à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'anus. L'impression était, au premier examen,

celle que donne un abcès pelvien qui bombe dans le vagin et le rectum. Mais le cul-de-sac postérieur gardait sa profondeur normale et le doigt parvenait à sentir parfaitement la limite supérieure de l'épaississement. La pression sur la cloison recto-vaginale restait douloureuse; la pression dans le cul-de-sac postérieur ne l'était pas.

« Au bout de quelques jours, la tuméfaction, qui avait nettement augmenté de volume, était manifestement fluctuante.

« Dans les deux cas, j'ai incisé l'abcès par voie vaginale. Le pus était bien lié, mais l'odeur fétide, et, dans un cas, renfermait quelques bulles de gaz. Il était assez abondant : un verre dans un cas. Après évacuation, l'exploration au doigt permit de reconnaître une poche unique, bien limitée, à paroi lisse et assez épaisse.

« L'incision et le drainage de la collection furent suivis, chez les deux malades, d'une guérison complète et rapide; ce qui montre bien que les lésions étaient primitives et isolées. »

Une troisième observation, très détaillée, nous est communiquée par MM. Folliasson et Béchet :

« Mlle P..., vingt et un ans, entre le 7 août 1931 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de notre maître, le docteur Chifoliau, avec le diagnostic de « phlegmon péri-ano-rectal ». Le début de l'affection remonte à trois mois et a été marqué par une sensation de tension, de pesanteur périnale et un peu de tenesme rectal, sensation s'exagérant lors du passage des matières. L'augmentation progressive des douleurs qui, intenses, irradient en arrière vers le sacrum et les dernières vertèbres lombaires; l'apparition d'une température oscillant entre 37°5 et 38°5 le soir; la constatation dans les matières d'un peu de sang rouge, poussent la malade à consulter son médecin traitant, qui l'envoie à l'hôpital.

A l'examen, l'inspection de la région ano-vulvaire est négative, mise à part la constatation de quelques pertes purulentes s'écoulant par l'orifice vaginal.

Le toucher rectal montre l'existence, à environ deux centimètres au-dessus du canal anal, devant la paroi antérieure du rectum, d'une tuméfaction dure, volumineuse, à limite supérieure, à peine atteinte par l'extrémité de l'index, à limites transversales peu nettes. Horriblement douloureuse, elle est recouverte d'une muqueuse

souple, glissant facilement sous le doigt; les autres parois du rectum sont normales.

Le toucher vaginal, puis le toucher combiné vagino-rectal, permettent de mieux délimiter la tuméfaction qui occupe la cloison recto-vaginale sur presque toute sa hauteur, le cul-de-sac postérieur du vagin restant cependant libre et indolore, alors que la pression sur la tuméfaction s'accompagne d'une douleur exquise, mais ne met pas en évidence de point nettement fluctuant.

Le col utérin est un peu irrégulier et métritique (la malade a eu trois enfants), et, lors du premier accouchement, elle dut garder le lit trois semaines par suite, paraît-il, d'infection vaginale? Rien du côté du corps utérin et des annexes.

Bien que la température soit à 38°, on n'intervient pas immédiatement, étant donné l'induration encore marquée de la tuméfaction. Le 13 août, une fluctuation des plus manifestes étant apparue, nous intervenons sous anesthésie générale à l'éther.

Par dédoublement de la cloison recto-vaginale, nous évacuons une abondante collection purulente; le pus, bien lié, n'est pas fétide; il en est prélevé à la pipette aux fins d'examen bactériologique. Le doigt introduit dans la poche, la montre unique, bien limitée en haut et latéralement. Drainage par une petite mèche de gaze mollement tassée. Suites opératoires normales. Ablation de la mèche au deuxième jour.

La malade quitte le service le 21 août. Cicatrisation rapide et complète.

Elle a été revue le 25 octobre en excellent état, tant local que général. Le toucher combiné vagino-rectal ne montra rien qui puisse faire soupçonner qu'un mois auparavant, il existait environ deux verres de pus dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale.

L'examen direct et les cultures du pus prélevé ont montré la présence de staphylocoques en abondance. »

Voici un quatrième cas observé dans le service du professeur Lenormant et publié par M. Contiadés dans les *Annales d'Anatomie pathologique et d'Anatomie normale*, de mars 1932 :

« Mme D..., 38 ans, entre le 4 janvier 1932, à la Pitié, dans le service de notre maître, le Professeur Lenormant, pour des douleurs pelviennes, avec fièvre à 38°5.

Le début de l'affection remonte au 24 décembre 1931. Des pertes de sang apparaissent après un retard de règles de dix jours.

Très abondantes, avec des caillots, elles s'accompagnent de crises douloureuses abdominales à allure paroxystiques. Ces hémorragies durent une semaine. Il n'y a pas de fièvre.

Le médecin traitant pense à un avortement; il prescrit l'application de glace sur le ventre.

A partir du 1er janvier, les hémorragies cessent; la fièvre apparaît et atteint rapidement 38° à 38°5.

Les douleurs changent de caractère et prennent le type d'une tension périnéale pulsatile, avec irradiations sacrées, un peu de tenesme anal, sans diarrhée ni constipation.

En somme, l'évolution a présenté deux phases : la première d'allure abortive, la seconde fait penser à une collection pelvienne.

A l'examen de la malade, à son entrée, le toucher vaginal montre une tuméfaction douloureuse sur la paroi postérieure du vagin, qui bombe surtout à droite. Au toucher rectal, cette tuméfaction est retrouvée sur la paroi postérieure du vagin, qui bombe surtout à droite. Au toucher rectal, cette tuméfaction est retrouvée sur la paroi antérieure du rectum. En palpant la cloison recto-vaginale entre un doigt rectal et un doigt vaginal, on perçoit une tuméfaction tendue et très douloureuse, qui occupe la cloison.

On peut nettement sentir sa limite inférieure à environ cinq centimètres de l'anus.

On reconnaît avec plus de peine la limite supérieure qui, signe essentiel, n'atteint pas le cul-de-sac postérieur du vagin. Le cul-de-sac garde sa profondeur normale.

L'utérus paraît libre, mobile, de volume normal, sans lésions annexielles.

Au spéculum, le col est d'aspect normal. Notre maître, M. Lenormant, à qui nous présentons cette malade, conclut à un abcès de la cloison recto-vaginale, mais conseille d'attendre sa collection

nette avant l'ouverture, étant donné l'apparition récente et la dureté de la tuméfaction.

Dans les deux jours suivants, les signes se précisent. Les douleurs augmentent d'intensité, l'apparition d'une diarrhée glaireuse fait craindre une évolution vers le rectum, lorsque, le 7 janvier, la collection s'ouvre spontanément dans le vagin.

La malade évacue une assez grande quantité de pus bien lié et d'une fétidité extrême.

Au spéculum, l'orifice s'aperçoit sur la face postérieure du vagin, en arrière du col, vers la droite.

La température tombe à 37. L'écoulement purulent tarit rapidement.

La cloison reprend sa consistance normale, et elle n'est le siège d'aucune infiltration à la sortie de la malade.

Nous avons revu récemment la malade. L'examen gynécologique ne révélait rien d'anormal. La cicatrice d'ouverture de l'abcès n'était plus reconnaissable au spéculum. »

Enfin, tout récemment, un cinquième cas d'abcès de la cloison recto-vaginale, observé dans le service du Professeur Lenormant, nous est communiqué par son interne, M. Contiadès.

« Mme F..., 28 ans, entre le 22 mars 1932, à la Pitié, avec le diagnostic d'« hématocèle rétro-utérine ».

Le début de l'affection remonte à un mois. La malade se plaignait d'une sensation de malaise général, de quelques douleurs abdominales, de constipation.

Depuis neuf jours, sont apparues de vives douleurs pelviennes, avec épreintes et fièvre.

A son entrée, le toucher vaginal montre une tuméfaction nette de la cloison recto-vaginale. On en apprécie les contours avec netteté aussi bien en haut qu'en bas. Elle est dure, ferme, régulière, douloureuse.

La malade étant indocile, on est obligé de l'endormir pour vaincre la défense abdominale et pratiquer l'examen dans de bonnes conditions. Le toucher vaginal, pratiqué par le Dr Wilmoth, sous anes-

thésie générale au chlorure d'éthyle, montre la liberté et la mobilité de l'utérus, des culs-de-sac normaux, souples et dépressibles.

Le cul-de-sac de Douglas est libre; il a sa profondeur normale. Il est nettement au-dessus de la tuméfaction. Fait intéressant, la masse qui dédouble la cloison recto-vaginale est prolongée vers le cul-de-sac par une coulée qui monte et se perd dans le cul-de-sac vaginal droit.

Elle semble correspondre à un cordon de lymphangite.

On conclut à un adéno-phlegmon non encore collecté de la cloison recto-vaginale, d'autant plus que la malade ne présente pas d'antécédents génitaux pathologiques.

Après trois injections de Propidon, la tuméfaction se ramollit et s'ouvre spontanément dans le rectum au bout d'une semaine. Le pus évacué est bien lié et fétide.

D'emblée, la fièvre tombe, tous les signes locaux disparaissent. Quinze jours après, l'examen gynécologique ne montre plus rien d'anormal. »

Ces cinq cas d'abcès de la cloison recto-vaginale, dont les observations s'échelonnent de 1925 à 1932, ont, entre eux, une grande similitude.

On peut les rapprocher les uns des autres par leur mode d'apparition insidieux, par leur étiologie obscure, par leurs symptômes, par leur évolution et par leur guérison.

Il semble que nous soyons en présence d'une lésion unique, primitive, qui évolue isolément et dont la guérison entraîne la disparition complète des troubles locaux et généraux apparus avec elle.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La cloison recto-vaginale
Siège de la collection

Avant de commencer l'étude des abcès de la cloison recto-vaginale, il nous paraît utile de placer ici un exposé anatomique de la région occupée par la collection purulente.

La connaissance des rapports avec les organes immédiatement voisins et surtout celle de la vascularisation lymphatique, va nous aider dans la recherche de la pathogénie de cette affection.

La cloison recto-vaginale est une mince cloison membraneuse qui représente la partie antérieure de la gaîne fibreuse du rectum.

Elle résulte de l'accolement des deux feuillets péritoneaux du cul-de-sac vagino-rectal, qui, primitivement, descend jusqu'au plancher pelvien.

Cette lame fibreuse a donc la même signification que l'aponévrose prostato-péritonéale.

L'existence de cette lame vagino-rectale est connue depuis longtemps et a été décrite par Lesshaft sous le nom de « prolongement médian frontal de l'aponévrose pelvienne ».

L'espace compris entre le rectum et le vagin peut être divisé en trois portions distinctes :

1° La première est séreuse et représentée par le cul-

de-sac vagino-rectal ou cul-de-sac de Douglas. Son point le plus bas descend jusqu'à 7 centimètres environ au-dessus du périnée.

A ce niveau, le vagin et le rectum sont séparés l'un de l'autre par ce cul-de-sac péritonéal sur une hauteur de 15 à 20 millimètres.

2° Au-dessous du cul-de-sac vagino-rectal, le rectum et le vagin ne sont plus séparés que par un tissu cellulo-fibreux permettant un décollement facile et dans l'intérieur duquel Verneuil a vu se développer un hygroma.

C'est la cloison fibreuse recto-vaginale que nous avons signalée plus haut.

Cette partie s'étend sur une hauteur de 4 centimètres environ.

Epaisse de quelques millimètres seulement, elle contient dans son épaisseur quelques veinules, des filets nerveux, des lymphatiques.

La minceur de ce fascia fait même qu'il n'est pas admis par tous les auteurs. Luscka, par exemple, insiste même sur l'union intime du vagin avec le rectum, union qui s'oppose à la pénétration d'un fascia analogue au fascia recto-vésical. Waldeyer nie aussi l'existence de tout fascia pré- ou rétro-vaginal.

3° Au-dessous de la cloison recto-vaginale, le rectum se porte en arrière et dessine avec la partie inférieure du vagin un angle recto-vaginal. Celui-ci mesure 25 millimètres environ dans le sens vertical et antéro-postérieur. Il est rempli par une masse dense fibro-musculaire (corps périnéal ou noyau fibreux central du périnée).

Ce corps fibro-musculaire est constitué par l'entrecroisement des muscles sphincter externe de l'anus,

transverse superficiel du périnée et constricteur de la vulve.

Dans toute cette portion, le vagin est intimement uni aux formations environnantes.

La partie de la paroi vaginale postérieure qui nous intéresse tout particulièrement est la partie moyenne située entre le point le plus déclive du cul-de-sac de Douglas et le triangle recto-vaginal.

Cette partie moyenne où le vagin n'est séparé du rectum que par un mince fascia est le siège habituel des abcès de la cloison recto-vaginale.

La formation de ces collections purulentes ne pouvant s'expliquer que par une infection d'origine externe propagée à distance par voie lymphatique, nous pensons qu'il est indispensable de considérer très en détail la disposition des vaisseaux et ganglions lymphatiques susceptibles de transporter et de recéler à ce niveau des germes qui détermineront la formation d'un abcès.

Le point de départ de l'infection étant logiquement dans l'une des deux cavités naturelles voisines, le rectum et le vagin, ce sont les lymphatiques de ces deux organes que nous allons d'abord étudier.

Nous rechercherons quelles dispositions lymphatiques ganglionnaires ou troncul[illegible]es situées au niveau de la cloison recto-vaginale peuvent s'enflammer, pour donner naissance à une collection purulente assez importante pour provoquer des troubles locaux relativement graves.

Nous nous reporterons, pour la description des lymphatiques, aux travaux qui ont été publiés au cours de ces dernières années.

Les lymphatiques du vagin

Les vaisseaux lymphatiques du vagin naissent des deux tuniques qui composent la paroi de ce conduit et sont ainsi disposés en deux couches ou deux réseaux : le réseau muqueux et le réseau musculaire.

Les vaisseaux lymphatiques sont très nombreux et forment un fin réseau à mailles serrées, surtout pour le réseau muqueux.

Les troncs lymphatiques qui naissent de leur anastomose, apparaissent sur la face externe du vagin et sur la ligne médiane postérieure. Ils cheminent dans la cloison recto-vaginale où ils présentent de place en place des dilatations ampullaires.

On a divisé ces vaisseaux lymphatiques en trois groupes : inférieur, moyen et supérieur.

Paul Poirier attache surtout de l'importance au groupe moyen et signale sur le trajet des vaisseaux de ce groupe la présence de petits ganglions au niveau de la cloison recto-vaginale. Pour lui, cette disposition n'est pas constante mais a été retrouvée plusieurs fois.

« Le réseau de la muqueuse est d'une extrême richesse, et ses mailles sont tellement fines que le mercure qui les a envahies paraît à première vue former une couche continue à la surface de la muqueuse sous l'épithélium.

Les mailles du réseau de la tunique musculaire sont beaucoup plus grandes et formées par des lymphatiques plus gros. Ces deux réseaux communiquent entre eux.

Les lymphatiques nés du réseau musculaire apparaissent sur la face externe du vagin et sur la ligne médiane postérieure ; ils forment par leurs anastomoses un ou deux gros troncs médians qui suivent

Or, Poirier ne considère comme donnant des troncs lymphatiques intéressants, que le groupe moyen et le

---

la direction de l'organe, placés dans le tissu cellulaire qui sépare le vagin du rectum.

Ces troncs présentent de place en place des dilatations ampullaires.

Les vaisseaux qui reçoivent les lymphatiques du vagin doivent être divisés en trois groupes : supérieur, moyen et inférieur.

Le groupe inférieur comprend les lymphatiques venus de cette partie du vagin qui avoisine immédiatement la vulve; il est des trois groupes de lymphatiques vaginaux le moins développé, ne comprenant guère que cette partie du vagin intermédiaire au conduit vaginal et à la vulve, la cloison hyménéale ou son emplacement en un mot. En effet, dans leur ensemble, les lymphatiques vaginaux sont des lymphatiques pelviens et se rendent à des ganglions pelviens.

. . . . . .

Le groupe supérieur des vaisseaux lymphatiques nés des réseaux vaginaux comprend deux ou trois vaisseaux qui se détachent du tiers supérieur de l'organe et de son insertion au col utérin, se portent en haut et en dehors pour s'unir aux gros vaisseaux lymphatiques nés du col utérin et se rendent avec ceux-ci aux ganglions du plexus iliaque. Je n'ai jamais rencontré de ganglions le long de ces vaisseaux.

Entre ces deux groupes se place un groupe moyen qui n'a point encore attiré l'attention des anatomistes, — à ma connaissance du moins. Ce groupe moyen naît des réseaux lymphatiques de toute la partie moyenne du vagin; il comprend deux ou trois vaisseaux qui cheminent d'abord sur les côtés du vagin puis sur les côtés de la cloison recto-vaginale, et gagnent, suivant la direction de l'artère vaginale qu'ils côtoient sur la plus grande partie de son trajet, le ganglion inférieur du plexus iliaque.

Je dis dès maintenant que le ganglion inférieur de ce plexus qui reçoit les lymphatiques nés de la partie moyenne du vagin est situé

groupe supérieur. Il donne peu d'importance au groupe inférieur, et c'est à peine s'il le mentionne.

Plus récemment, Marcille, dans sa tèse de 1902 sur *les lymphatiques et ganglions ilio-pelviens,* décrit ce groupe inférieur avec plus de détails et lui donne une place plus

---

à l'origine même de l'artère vaginale au niveau de la partie moyenne de la grande échancrure sciatique, en rapport en dehors avec le nerf sciatique et en dedans avec le tissu cellulaire qui double la paroi du rectum. Quelquefois, ce ganglion est double.

. . . . . .

Cette disposition est constante, je l'ai vérifiée plus de trente fois et fait vérifier par des collaborateurs habiles et non prévenus (MM. Jacob et Bechet, internes très distingués de nos hôpitaux, m'ont beaucoup aidé dans toutes ces recherches que je n'aurais pu sans leur aide poursuivre sur un aussi grand nombre de sujets.)

Deux fois, sur une trentaine de cas, j'ai rencontré le long des vaisseaux nés du tiers moyen du vagin un ganglion plus petit situé près de leur origine au niveau de la cloison recto-vaginale; M. Jacob l'a rencontrée une fois.

Mais la disposition que je décris est la disposition normale. Je la résume : les lymphatiques nés de la partie moyenne du vagin donnent naissance de chaque côté à deux vaisseaux qui, suivant le trajet de l'artère vaginale, se rendent à un ou deux ganglions situés sur le côté du rectum, dans les angles du bouquet artériel que forment la vaginale, l'ombilicale et la honteuse interne.

La connaissance de cette disposition a une certaine importance : elle conduit à chercher par le toucher rectal l'adénite qui complique les inflammations du vagin et elle fait comprendre la fréquence et le pourquoi de l'ouverture de certaines collections purulentes dans la cavité du rectum. » (1)

---

(1) Poirier. *Les lymphatiques des organes génitaux de la femme* (p. 4 à p. 10).

considérable par rapport aux deux autres groupes supérieur et moyen.

Groupe inférieur :

« Les collecteurs qui le constituent apparaissent au niveau du tiers inférieur du vagin dans la cloison recto-vaginale. D'abord ascendants ils deviennent ensuite un peu obliques en dehors pour se dégager du rectum, puis ils se jettent franchement en arrière, cheminent entre l'aponévrose sacro-recto-génitale et l'ampoule rectale, gagnent le sacrum, montent sur sa face antérieure en dedans des trous sacrés et se terminent soit dans le groupe sacré latéral en regard de la deuxième sacrée, soit dans le groupe du promontoire.

On peut trouver un grand nombre de nodules ganglionnaires interrupteurs sur le trajet de ces pédicules. Nous en avons rencontré sur le trajet des troncs supérieurs. Le pédicule moyen en compte de deux à quatre.

Ce pédicule moyen, comme nous l'avons dit, appartient à la palmure hypogastrique. Les nodules interrupteurs qui lui sont annexés se disposent sur la face interne de la palmure et marquent assez exactement les angles du quadrilatère que nous avons précédemment décrit.

Enfin, il existe d'une façon absolument constante de petits nodules placés dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale au niveau des troncs inférieurs. Poirier les a décrit mais les considère comme exceptionnels.

Ces mêmes collecteurs inférieurs ont sur leur trajet d'autres interrupteurs. On en rencontre un sur les parties latérales du rectum entre l'ampoule et l'aponévrose sacro-recto-génitale, ce nodule est donc situé au-dessous du ligament utéro-sacré.

En résumé, les lymphatiques du vagin se rendent aux ganglions pelviens par trois pédicules : par un pédicule supérieur transversal qui naît du tiers supérieur de l'organe et aboutit à la chaîne préveineuse des iliaques externes; par un pédicule moyen qui vient de son tiers moyen et prend la direction de la palmure où il se termine; par un pédicule inférieur sagittal qui tire son origine du tiers

D'après Marcille, les nodules ganglionnaires dans la cloison recto-vaginale seraient constants et très nombreux. Peut-être est-il exagéré de dire qu'il en existe un aussi grand nombre, mais la présence de ces nodules est signalée par tous ceux qui se sont attachés à l'étude des lymphatiques de la région, et, récemment, des travaux faits dans le laboratoire du Professeur H. Rouvière par M. Jaime Cateula, de Buenos-Aires, ont encore confirmé leur existence.

Dans les *Annales d'Anatomie Pathologique*, de mars 1930, p. 371, Jaime Cateula fait paraître une note sur les lymphatiques du vagin, dans laquelle il écrit :

« Sur dix sujets j'ai vu quatre fois un collecteur lymphatique né de la paroi vaginale postérieure, au-dessus du releveur se rendre à un des ganglions des chaînes hémorroïdales supérieures. Parmi les éléments les plus inférieurs de ces chaînes ganglionnaires, il en est qui sont placés sur la paroi antérieure du rectum, dans la cloison recto-vaginale, sur le trajet des ramifications terminales des vaisseaux hémorroïdaux supérieurs. Ces éléments ganglionnaires sont donc en connexion directe non seulement avec les lymphatiques du rectum, mais aussi avec ceux du vagin ».

---

inférieur du vagin et aboutit au promontoire en suivant la concavité sacrée.

Remarque. — Si l'on repère les points d'émergence des trois pédicules vaginaux, on voit que le pédicule supérieur naît très nettement sur la face externe de l'organe, que le moyen naît à l'union de la face externe et de la face postérieure, que l'inférieur naît de la face postérieure assez près de la ligne médiane. Une ligne passant pas l'émergence de ces trois pédicules, ferait autour de la moitié correspondante du vagin un quart de tour d'hélice » (1).

(1) Maurice MARCILLE. *Les lymphatiques et ganglions ilio-pelviens* (Thèse de Paris, 1902).

Puis, dans une nouvelle note parue dans les *Annales d'Anatomie Pathologique,* de juillet 1930 :

« J'ai étudié les lymphatiques de la paroi postérieure sur vingt-trois sujets. Dans cette paroi, il existe une différence appréciable dans les connexions ganglionnaires des lymphatiques qui viennent de la région supérieure et ceux qui viennent de la région inférieure. Dans la plupart des cas, des lymphatiques de la première région située au-dessus de la colonne vaginale postérieure, montent vers le col utérin en passant en avant ou en arrière de l'uretère, suivent d'abord l'artère utérine, puis gagnent un ganglion des chaînes moyenne ou interne des ganglions iliaques externes. Cependant d'autres lymphatiques vont à des ganglions hypogastriques ou aux ganglions du promontoire, ou enfin aux petits éléments ganglionnaires qui sont échelonnés le long des artères hémorroïdales supérieures, sur la paroi du rectum. Les lymphatiques qui naissent de la région inférieure de la paroi postérieure sont surtout tributaires des ganglions hypogastriques, des ganglions du promontoire et des ganglions pararectaux placés sur le trajet des hémorroïdales supérieures.

Les lymphatiques de cette région sont rarement en relation avec les ganglions iliaques externes.

J'ai montré dans une précédente communication que parmi les ganglions hémorroïdaux supérieurs qui reçoivent les lymphatiques de la paroi vaginale postérieure, certains sont placés en avant du rectum, c'est-à-dire dans la cloison recto-vaginale ».

. . . . . .

« Les lymphatiques de la paroi recto-vaginale peuvent être interrompus par des ganglions para-vaginaux qui siègent le long des branches terminales de l'artère vaginale. J'ai constaté cela quatre fois. Enfin, sur deux de mes préparations, on voit un vaisseau lymphatique provenant de la paroi antérieure du vagin aboutir à un ganglion pararectal placé sur les branches de l'hémorroïdale supérieure. »

Enfin, dans les *Annales* de novembre 1931, Jaime Catcula expose les conclusions auxquelles l'ont conduit ses

recherches : les collecteurs du vagin se rendent aux ganglions iliaques externes et hypogastriques. A leur origine, ils sont accolés à la paroi vaginale et il existe sur leur trajet de petits nodules intercalaires juxta-vaginaux.

Ce sont ces petits nodules juxta-vaginaux qui, placés dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, sont importants à connaître pour comprendre la localisation d'un abcès à ce niveau.

Les lymphatiques du vagin se disposent en deux grands groupes :

1° Les lymphatiques satellites de l'artère utérine;

2° Les lymphatiques satellites de l'artère vaginale.

« Les lymphatiques satellites de l'artère vaginale émergent de la paroi vaginale, surtout au-dessous des précédents, et leur territoire qui comprend la plus grande partie du vagin s'étend en bas jusqu'à l'hymen. Ces troncs lymphatiques suivent d'abord les branches de l'artère vaginale puis l'artère elle-même, et se jettent dans un ganglion lymphatique hypogastrique placé soit à l'origine de l'artère vaginale, soit sur un tronc commun aux artères vaginale et honteuse interne.

Les collecteurs du vagin sont donc normalement et principalement tributaires des ganglions iliaques externes et hypogastriques. Cependant il n'existe pas sur la paroi vaginale des territoires d'origine distincts pour l'un et l'autre de ces groupes ganglionnaires. Les régions d'origine des deux catégories de collecteurs chevauchent en effet l'une sur l'autre, si bien que des vaisseaux lymphatiques provenant de la partie supérieure du vagin vont à des ganglions hypogastriques et que des collecteurs nés de la région inférieure du vagin se rendent aux ganglions iliaques externes.

Il existe fréquemment sur le trajet des lymphatiques du vagin de petits nodules intercalaires juxta-utérins et juxta-vaginaux » (1).

---

(1) Jaime CATEULA. *Annales d'anatomie pathologique*, tome VIII, novembre 1931.

Les lymphatiques du rectum

Le rectum est une des régions du tube digestif les plus richement dotées en vaisseaux lymphatiques en raison de ses fonctions. Du réseau très fin qui court dans l'épaisseur de ses parois, naissent des troncs efférents.

Les uns vont aux ganglions inguinaux; ce sont ceux de la zone cutanée de l'anus.

D'autres vont aux ganglions hypogastriques satellites de l'artère hémorroïdale moyenne.

Les plus nombreux et les plus importants qui viennent de toutes les régions du rectum, aussi bien de la zone moyenne, zone des artères hémorroïdales inférieure et moyenne, que des terminaisons de l'hémorroïdale supérieure, se rendent aux ganglions mésentériques inférieurs en suivant les ramifications de l'artère hémorroïdale supérieure.

C'est sur le trajet de ces lymphatiques que l'on trouve les ganglions ano-rectaux décrits par Gerota et par Cunéo. Or, comme l'a montré Cateula, on peut trouver des ganglions ano-rectaux sur la paroi antérieure du rectum.

D'après le Professeur H. Rouvière :

« Les collecteurs hémorroïdaux supérieurs, qu'ils soient courts, moyens ou longs, peuvent être interrompus par un ou plusieurs nodules pararectaux » (1).

« Cependant ceux-ci se distinguent facilement des éléments ganglionnaires voisins par leurs rapports avec les ramifications terminales des hémorroïdales supérieures.

De plus, en rabattant le rectum en arrière, on entraîne avec lui

(1) H. Rouvière. *Anatomie des lymphatiques de l'homme*, p. 349.

les nodules para-rectaux tandis que les nodules para-vaginaux restent attenants à la paroi vaginale » (2).

Ces nodules para-rectaux peuvent donc donner naissance à un abcès, tout comme les nodules situés sur le trajet des collecteurs du vagin.

Anastomoses des lymphatiques

D'autre part, le réseau lymphatique du vagin n'est pas complètement isolé des réseaux lymphatiques des organes voisins. Des anastomoses font communiquer entre eux ces différents réseaux. C'est ainsi que le réseau du rectum, qui est très développé et très serré en raison même des fonctions de cet organe, est en relation directe avec celui du vagin.

D'après Poirier « il ne faut pas oublier que des fibres lisses de la paroi vaginale postérieure vont se perdre dans les muscles recto-utérins ».

Cette intimité entre les deux organes permet d'admettre facilement les conclusions suivantes, formulées par Morau :

« Les lymphatiques du vagin s'anastomosent en haut avec ceux du col utérin, en bas avec ceux de la vulve, par continuité du réseau d'origine.

En arrière ils communiquent avec les lymphatiques du rectum; certains vaisseaux émanés de la paroi antérieure du rectum se jettent en effet dans les collecteurs qui serpentent sur la face postérieure du vagin ».

---

(2) H. Rouvière. *Anatomie des lymphatiques de l'homme*, p. 416.

Jaime Cateula, dans ses notes sur des travaux plus récents, nous donne des conclusions qui affirment ces relations lymphatiques entre les organes du bassin.

« Les lymphatiques du vagin sont en relation directe : en haut avec ceux de l'utérus, en arrière avec ceux du rectum et les ganglions para-rectaux, en bas avec le réseau lymphatique de la vulve; en avant, enfin comme je crois être le premier à l'avoir montré, avec les lymphatiques de la vessie, en particulier avec les ganglions para-vésicaux latéraux et antérieurs. » (1)

Dans un ouvrage récemment paru, le Professeur Rouvière expose aussi ces anastomoses des lymphatiques :

« Les réseaux du vagin sont en relation : en haut avec ceux de l'utérus; en bas avec ceux de la vulve.

De plus, les collecteurs supérieurs du vagin s'unissent à ceux du col utérin.

Très souvent un ou plusieurs lymphatiques du vagin se portent en arrière, pénètrent dans la gaîne du rectum et se terminent dans un ganglion para-rectal. » (1)

En résumé, il existe entre le rectum et le vagin des vaisseaux et des nodules ganglionnaires lymphatiques en connexion, d'une part, avec les réseaux du vagin; d'autre part, avec ceux du rectum.

Les lymphatiques vaginaux ainsi que les nodules ganglionnaires qui sont intercalés sur leur trajet sont appliqués sur la paroi vaginale. De même, les lymphatiques du rectum et les ganglions ano-rectaux sont en contact avec la paroi rectale.

Le tissu celluleux qui sépare le vagin du rectum ne forme pas entre ces deux catégories de vaisseaux lym-

---

(1) Jaime Cateula. Les lymphatiques du vagin. *Annales d'anatomie pathologique*, novembre 1931.

(1) H. Rouvière. *Anatomie des lymphatiques de l'homme*, p. 414.

phatiques une cloison qui permette de reconnaître deux plans lymphatiques distincts, d'autant plus que de nombreuses anastomoses unissent entre eux les réseaux et les collecteurs lymphatiques des deux organes voisins.

Il sera donc impossible d'établir topographiquement une distinction entre les adéno-phlegmons qui se développent dans les nodules pararectaux, et ceux qui ont leur point de départ dans les ganglions de la paroi postérieure du vagin.

Seuls, les caractères cliniques seront donc susceptibles de donner une indication sur l'origine de ces abcès.

Cet exposé anatomique, en nous précisant la richesse du réseau lymphatique de la cloison recto-vaginale, nous explique comment une collection suppurée pourra se former à ce niveau surtout si nous connaissons l'existence de petits nodules ganglionnaires capables d'arrêter les germes microbiens. Ce sont ces ganglions qui, par leur inflammation et leur suppuration, vont donner naissance à un abcès.

De plus, la proximité de deux cavités naturelles à flore microbienne très abondante, telles que le rectum et le vagin d'où partent les lymphatiques qui cheminent dans la cloison, est encore en faveur d'une localisation inflammatoire à ce niveau.

Etendue de la collection

En nous appuyant sur les observations que nous avons recueillies, nous allons rechercher l'étendue, les limites, de la collection suppurée.

Dans tous les cas, l'abcès est très nettement limité,

enkysté même, et il ne tend pas à fuser de part et d'autre en dehors de la cloison.

En avant et en arrière, le pus est contenu par les parois résistantes du vagin et du rectum. Ces organes, composés de trois tuniques, forment des plans frontaux normalement accolés par l'intermédiaire d'un tissu fibro-celluleux.

La disposition des tuniques que nous allons rapporter, d'après Poirier, va nous donner la situation de la zone de décollement.

Considérons d'abord le vagin :

« Sur une coupe transversale le vagin est composé de deux tuniques, l'une interne, blanche (tunique muqueuse), l'autre externe rougeâtre (tunique moyenne ou musculaire, inséparables l'une de l'autre à l'aide du scalpel (*Henle*).

Elles ont sensiblement la même épaisseur, et il n'est pas exact de dire que la tunique musculaire forme les deux tiers de la paroi. Plus en dehors, mais assez facile à isoler des deux précédentes, existe une gaîne cellulaire adventice qui, décrite sous le nom de tunique externe ou cellulo-fibreuse, appartient moins au vagin proprement dit qu'au tissu conjonctif para-vaginal.

Cette tunique mince mais cependant résistante, est constituée par un tissu lamineux assez dense auquel se mêlent quelques fibres lisses (Rauber), de forts faisceaux élastiques (Obermüller) et de la graisse en notable quantité. »

Du côté du rectum existe une disposition analogue :

« Le rectum pelvien est entouré dans toute sa portion infra-péritonéale par une gaîne celluleuse ou plus exactement cellulo-vasculaire, au sein de laquelle se ramifient ses vaisseaux avant de pénétrer dans l'épaisseur de ses parois. Au-dessous du cul-de-sac de Douglas, cette gaîne cellulo-fibreuse fait tout le tour du rectum : c'est un cylindre complet engaînant l'organe. » (1)

(1) Poirier et Charpy. *Traité d'anatomie humaine.*

Donc les deux organes constituent des parois résistantes séparées par un tissu celluleux élastique qui permet le frottement de l'une sur l'autre. Ce tissu celluleux est constitué par la réunion intime des deux gaines du rectum et du vagin dont les fibres s'entrecroisent.

C'est la cloison recto-vaginale.

Dans le sein même de ce tissu celluleux cheminent les vaisseaux et, en particulier, les lymphatiques qui nous intéressent avant tout puisqu'ils donneront naissance aux abcès de la cloison.

Latéralement, la collection va trouver un peu plus d'espace libérable dans le tissu cellulaire et graisseux, mais ici encore une formation aponévrotique résistante va en limiter l'étendue.

Cette aponévrose est diversement appelée suivant les auteurs. C'est une lame verticale dirigée d'avant en arrière de chaque côté du canal uro-rectal.

« Pierre Delbet a décrit en 1891 sur les parties latérales du rectum une lame aponévrotique qu'il désignait sous le nom *d'aponévrose sacro-recto-génitale*. Cette aponévrose naîtrait sur le sacrum au niveau des deuxième et troisième trous sacrés, quelquefois plus bas. De là elle se porterait en avant et en bas et viendrait se fixer, en partie sur la paroi latérale du rectum, en partie sur la face postérieure de l'utérus et du vagin à droite et à gauche de la ligne médiane.

L'aponévrose sacro-recto-génitale de Delbet est vraisemblablement la même que celle décrite en 1846 par Jarjavay sous le nom *d'aponévrose postérieure du ligament large*, la même que celle décrite dans tous les traités classiques sous le nom de *ligament utéro-sacré*. » (Testut).

Ces deux lames adhérentes aux faces latérales du rec-

tum, et, d'autre part, au vagin, feront obstacle à la progression du pus vers les fosses ischio-rectales.

L'abcès est donc bien limité en avant, en arrière et latéralement par des tissus résistants fibreux ou musculaires.

A la partie supérieure de la cloison recto-vaginale, la limite est nettement marquée par le cul-de-sac de Douglas au niveau duquel est interrompu le contact immédiat entre le rectum et le vagin et où cesse d'exister la cloison même. La situation de ce point à 2 ou 3 centimètres au-dessous du point le plus élevé du cul-de-sac vaginal postérieur, explique pourquoi, par le toucher, on perçoit la limite supérieure de l'abcès laissant libre et souple le cul-de-sac de Douglas.

A la partie inférieure de la cloison recto-vaginale, le pus ne pourra se frayer un chemin à travers l'enchevêtrement serré des fibres qui constituent le plancher pelvien. Celui-ci arrête l'extension de l'abcès à 3 centimètres environ au-dessus de l'anus, au point le plus haut du triangle recto-vaginal.

D'après ces considérations, nous voyons que l'étendue de la collection sera relativement restreinte par les obstacles que constituent de tous côtés les plans anatomiques que nous venons de citer : en avant le vagin, en arrière le rectum, latéralement le ligament utéro-sascré, en haut le cul-de-sac de Douglas, en bas le plancher pelvien. Et, de ce fait, le pus renfermé de toutes parts ne pourra se faire jour à l'extérieur qu'à travers les tissus que nous venons d'énumérer.

Or, si nous reprenons les observations que nous avons rapportées, nous voyons que dans les deux premiers cas,

du Professeur Lenormant, l'abcès bien collecté avait des limites très nettes dans une poche unique dont les parois étaient épaisses et résistantes. Dans ces deux cas, le pus fut évacué par incision de la paroi antérieure de l'abcès, c'est-à-dire de la paroi postérieure du vagin.

Dans le troisième cas, communiqué par MM. Folliasson et Béchet, nous retrouvons encore la même lésion sous forme d'une poche unique, bien limitée en haut et latéralement. Le pus fut évacué par la paroi inférieure, par dédoublement de la cloison.

Dans le quatrième cas, M. Contiadés a retrouvé la même collection présentant encore une localisation tout à fait identique, mais l'évolution est un peu différente, en ce sens que l'ouverture a été spontanée à travers la paroi postérieure du vagin, que dans les deux premiers cas M. Lenormant avait incisés.

Enfin, dans le cinquième cas, l'ouverture spontanée s'est faite dans le rectum.

Nous avons donc affaire, dans les cinq cas, à des abcès bien collectés, à poche unique et à parois bien nettes.

Le pus des abcès de la cloison recto-vaginale

Le pus renfermé dans ces abcès n'a été étudié bactériologiquement que dans le cas de MM. Folliasson et Béchet :

« Le pus bien lié n'est pas fétide; il en est prélevé à la pipette aux fins d'examen bactériologique. L'examen direct et les cultures du pus prélevé ont montré la présence de staphylocoques en abondance ».

Ici, l'agent pathogène reconnu est probablement différent de celui des cas observés dans le service du Professeur Lenormant, car les quatre autres observations mentionnent une fétidité du pus qui n'existait pas dans le cas ci-dessus.

Dans ces quatre derniers cas, l'examen bactériologique n'a pas été fait, mais la fétidité même semble indiquer que la flore microbienne de la collection suppurée présentait d'autres germes que des staphylocoques.

Ce caractère de fétidité serait en faveur d'une infection à germes putrides provenant de la flore très riche dans ce genre du rectum. Dans un cas même, le Professeur Lenormant, au cours de l'incision d'un abcès, a noté la présence de gaz qui confirment cette hypothèse. En dehors de la fétidité, le pus présentait, dans les cinq cas, un caractère commun : c'était un pus épais, bien lié.

La quantité de pus évacué était chaque fois relativement abondante, c'est-à-dire que sa masse devait distendre au maximum les parois de la cavité formée par l'abcès entre le vagin et le rectum.

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

Adenophlegmon

L'étiologie des abcès de la cloison recto-vaginale est assez obscure. Dans les cinq cas observés, les malades n'ont été vues qu'au moment où le volume de la collection purulente tenait déjà une place importante parmi les signes pathologiques, et le début de l'affection est passé inaperçu.

Envisageons la façon dont peut se former cet abcès.

Nous avons vu que la disposition anatomique de la cloison recto-vaginale permettait à une collection purulente de prendre naissance dans le tissu cellulo-graisseux qui sépare le vagin du rectum sur une hauteur de plusieurs centimètres.

Quel sera le début de l'affection? — Le riche réseau lymphatique qui parcourt la région transporte vers les relais ganglionnaires les germes qui ont pénétré dans l'organisme au niveau du vagin, du col de l'utérus, du rectum. De nombreuses anastomoses font communiquer entre eux les lymphatiques des divers organes. Puis les troncs plus importants conduisent la lymphe aux ganglions pelviens.

Or, il semble que dans les cinq cas observés, nous sommes en présence d'une lymphangite de la paroi recto-vaginale succédant à une infection peu importante du dôme vaginal, du col utérin ou du rectum, pendant la-

quelle une porte d'entrée minime et inaperçue a laissé pénétrer les germes.

Nous avons vu plus haut, d'après les recherches de Cunéo, Marcille et Cateula, que certains troncs lymphatiques de la cloison sont interrompus par de petits nodules ganglionnaires.

Deux sortes d'abcès pourront donc prendre naissance dans les tissus lymphatiques, suivant que la localisation se fera sur un tronc lymphatique ou sur un ganglion.

La lymphangite tronculaire s'accompagne souvent de thrombose de la lymphe. Le thrombus formé de leucocytes polynucléaires, retenus dans un réseau de fibrine, renferme des germes microbiens. L'endothélium est altéré, la paroi épaissie et œdémateuse est dissociée, et, par diapédèse, il se forme un manchon de leucocytes avec périvascularite.

Si les germes se développent sur les parois du lymphatique, celui-ci est détruit et il y a formation d'un abcès. Mais, d'après l'évolution de l'affection, il semble que nous soyons plutôt en présence d'un adéno-phlegmon par ramollissement d'un des ganglions situés dans la cloison et dont nous avons étudié la disposition au début de ce travail.

En effet, nous retrouvons dans chaque cas une tuméfaction d'abord dure, œdémateuse, élastique, très douloureuse au palper et sur laquelle les téguments glissent facilement. Puis, au bout de quelques jours, apparaît une fluctuation dont les caractère cliniques sont ceux d'une adénite aiguë suppurée. Le tissu périganglionnaire lui-même est toujours enflammé, et c'est un adéno-phleg-

mon qui paraît être en cause dans nos cinq cas d'abcès de la cloison recto-vaginale.

Un fait cependant semble paradoxal, dans le cas de MM. Folliasson et Béchet : l'infection venue du col de l'utérus devrait normalement suivre les lymphatiques efférents qui accompagnent l'artère utérine et laisser indemnes les nodules lymphatiques qui sont sur le trajet des troncs venus de la partie moyenne et inférieure du vagin.

Mais la notion de la chronicité de l'endométrite cervicale nous conduit à cette hypothèse que les lésions inflammatoires ayant sclérosé les trajets normaux de la lymphe, celle-ci emprunte des voies accessoires et rétrogrades, grâce aux nombreuses anastomoses des réseaux lymphatiques entre eux pour arriver à infecter des ganglions qui sembleraient devoir rester indemnes.

Dans le quatrième cas seulement, il est possible de retrouver une relation de cause à effet entre le symptôme d'avortement et la formation de l'abcès de la cloison. Mais nous n'avons pas de preuve certaine d'un tel fait, bien que la deuxième affection ait succédé immédiatement à la première.

M. Contiadès est de cet avis : « Le point de départ de l'abcès paraît être une légère infection utérine d'origine abortive. La fétidité du pus n'est donc pas un caractère absolu de l'origine rectale de la collection, mais elle s'explique par le voisinage de l'intestin. »

Cependant, la fétidité du pus des deux premiers cas observés, et même la présence de gaz, fait penser à une infection d'origine rectale amenée par les lymphatiques au niveau des ganglions de la cloison recto-vaginale et,

à leur propos, le professeur Lenormant écrit : « Ces ganglions reçoivent les lymphatiques venus du dôme vaginal et du col utérin et du rectum. Le point de départ de leur infection est dans ces territoires muqueux. En raison de la fétidité du pus, l'origine rectale me paraît la plus probable dans les cas que j'ai observés » (1). Si le caractère du pus est en faveur d'une origine rectale, il est intéressant de remarquer que, dans ces deux cas, comme dans celui de M. Contiadés, il existait en même temps des lésions de la muqueuse du col utérin, légères, mais indiscutables : « Mes deux malades étaient des femmes de trente et trente-huit ans, qui ne présentaient pas d'autre lésion qu'un peu de métrite cervicale avec pertes blanches, sans ulcération du col, sans salpingite », écrit le professeur Lenormant.

Enfin, chez la malade observée par M. Folliasson, il y avait encore une altération de la muqueuse du col utérin : « Le col utérin est un peu irrégulier et métritique (la malade a eu trois enfants) et lors du premier accouchement, elle a dû garder le lit trois semaines, par suite, paraît-il, d'infection vaginale? Rien du côté du corps utérin et des annexes. ». D'autre part, le pus examiné dans ce cas n'était pas fétide, comme dans les trois autres, et l'examen bactériologique décelant du staphylocoque, il semble qu'au début, l'infection soit plutôt utérine ou vaginale, en raison de la présence constante de ce microbe dans la flore vaginale.

Il ne nous est pas possible, après ces considérations, de trancher la question du point de départ de l'infection,

---

(1) Ch. Lenormant. Note sur deux cas d'abcès de la cloison recto-vaginale. *Annales d'Anatomie pathologique.* T. VIII, n° 1,

dôme vaginal ou rectum? Mais une notion reste acquise, c'est que la porte d'entrée des germes pathogènes est dans l'un ou l'autre de ces deux organes et que leur localisation à distance à l'intérieur de la cloison laisse ignorer le point de départ pour ne faire considérer que l'affection elle-même. L'abcès, qui se forme dans la cloison recto-vaginale, paraît être, à première vue, une localisation primitive qui évolue indépendamment des lésions concomittantes.

Par ailleurs, la différence de nature du pus, fétide dans certains cas, non fétide dans un autre, nous apparaît maintenant très logique, puisque deux territoires lymphatiques distincts peuvent être mis en cause.

Les ganglions situés dans la cloison, tout en étant très voisins, ne reçoivent pas les mêmes troncs lymphatiques.

Ceux qui relaient les collecteurs du vagin donneront des abcès non putrides, comme dans le cas observé par MM. Folliasson et Béchet, où le pus contenait des staphylocoques.

Quant aux nodules placés sur le trajet des collecteurs du rectum, on conçoit qu'ils puissent être le lieu de développement de germes putrides amenés du rectum et où le colibacille, entre autres, peut donner une suppuration ayant les caractères observés dans les quatre autres cas.

SIGNES ET DIAGNOSTIC

Nous sommes en présence d'une lésion qui, par son étiologie, par ses signes cliniques, par son évolution, constitue une entité pathologique bien définie.

Les cas observés sont rares, mais sont sensiblement identiques. D'après ces cas, nous allons énumérer les symptômes qui, réunis, caractérisent les abcès de la cloison recto-vaginale.

Le début est toujours insidieux et passe même inaperçu, l'attention de la malade n'est attirée que lorsque la lésion est déjà constituée.

Le premier signe est une sensation de pesanteur périnéale et de tension pelvienne. Cette tension peut être pulsatile, comme dans le quatrième cas observé.

Constamment, la malade accuse des douleurs d'intensité variable, mais parfois très vives, s'accentuant au début avec l'évolution de la lésion.

Ces douleurs irradient en arrière vers le sacrum et les dernières vertèbres dorsales.

Elles s'accompagnent d'un peu de tenesme. Dans un cas seulement, et à la fin de l'évolution, on a pu observer de la diarrhée. Dans un autre cas, il y eut émission d'un peu de sang rouge avec les matières.

La fièvre est toujours modérée et oscille entre 37°5 et 38°5.

Les signes physiques qui permettent de faire le diagnostic de l'abcès sont les mêmes dans chaque cas.

La lésion n'est accessible que par le toucher, toucher vaginal et rectal combiné.

On palpe une tuméfaction dure au début, de plus en plus molle et fluctuante, bien limitée à sa partie inférieure et à sa partie supérieure.En haut, surtout, cette limite de l'abcès est caractéristique. Elle laisse libre le cul-de-sac vaginal postérieur. Celui-ci n'est pas effacé et le sillon rétro-cervical peut encore être perçu.

La pression n'est pas douloureuse au niveau du cul-de-sac postérieur du vagin, ni au niveau du cul-de-sac de Douglas, qui reste libre au-dessus de la tuméfaction. La muqueuse qui recouvre la collection purulente est œdémateuse dans un cas, lisse et souple dans d'autres. Toujours la pression à ce niveau réveille une douleur très vive.

La consistance de la tuméfaction varie avec le stade de son évolution. C'est un adéno-phlegmon ; comme tel, le noyau inflammatoire est dur, œdémateux et peu volumineux au début. Son volume augmente à mesure que la suppuration s'accentue et que se forme la collection purulente. On a alors la sensation d'une masse molle et fluctuante.

L'ensemble de tous ces signes cliniques permet de faire facilement le diagnostic des abcès de la cloison recto-vaginale et il n'est guère possible de confondre cette affection avec d'autres lésions de la paroi postérieure du vagin.

Une collection suppurée dans le cul-de-sac de Douglas pourrait donner des signes généraux et des douleurs du même type, mais les culs-de-sac vaginaux, et, en particulier, le cul-de-sac postérieur, ne resteraient pas libres

et indolores au toucher, le sillon rétro-cervical serait effacé. Dans les abcès de la cloison recto-vaginale, la collection est au-dessous du cul-de-sac de Douglas.

Dans le quatrième cas que nous avons rapporté, les douleurs, le retard de règles et les hémorragies qui ont précédé l'apparition de la collection purulente, ont pu faire penser à une collection du Douglas *post abortum* ou à une grossesse ectopique.

C'était aussi le premier diagnostic posé dans le cinquième cas observé.

L'hématocèle sous-péritonéale, dans les cas, rares il est vrai, où l'hémorragie se fait dans les tissus mêmes du ligament large, peut aussi donner des signes analogues à ceux que nous avons cités, mais, dans ce cas, l'utérus perd sa mobilité, la collection n'est plus au-dessous du cul-de-sac de Douglas, sa limite supérieure n'est plus perçue nettement comme dans les cas que nous avons décrits.

Enfin, le diagnostic est à faire avec un kyste suppuré du vagin, dont le volume est sensiblement le même dans certains cas, et la consistance également fluctuante.

Cependant, ces kystes siègent surtout sur la paroi antérieure, ils suppurent rarement. Leur début est encore moins bruyant que celui des abcès et leur évolution plus lente.

TRAITEMENT

Le traitement des abcès de la cloison recto-vaginale est essentiellement d'ordre chirurgical.

Dans tous les cas, il s'agit d'évacuer une collection purulente de volume variable, mais qui peut contenir un verre de pus environ.

Nous sommes en présence d'un adeno-phlegmon dont il faut attendre le stade de fluctuation pour opérer.

Plusieurs éventualités se sont offertes dans les cas observés.

Dans les deux premiers cas, le professeur Lenormant a incisé directement sur la tumeur la paroi postérieure du vagin, par colpotomie. Le drainage du pus fut assuré par un drain en T.

Dans le cas présenté par MM. Folliasson et Béchet, l'évacuation du pus fut faite par dédoublement de la partie basse de la cloison recto-vaginale comme dans le premier temps d'une colpopérineorraphie. Ici le drainage s'effectuait par une petite mèche de gaze mollement tassée.

Dans le quatrième cas observé, l'évolution du processus inflammatoire a amené la collection à s'ouvrir spontanément à travers la paroi postérieure du vagin, précédant ainsi l'incision que le chirurgien se préparait à pratiquer.

Dans le cinquième cas, enfin, l'ouverture spontanée s'est faite du côté du rectum.

De toutes façons, l'évolution a été favorable, qu'il y ait eu ouverture spontanée ou intervention, que la voie de drainage soit le vagin, le rectum ou un dédoublement de la cloison recto-vaginale à travers le périnée.

La conduite à tenir en face de ces adeno-phlegmons est donc l'incision, à partir du moment où la fluctuation est bien nette.

Trois voies de drainage ont été pratiquées, suivant les cas : vaginale, rectale, périnéale. Le procédé le plus simple consiste à inciser à l'endroit où la paroi de la collection est la plus mince. Après ouverture, la guérison est rapide en quelques jours et ne laisse pas de traces.

CONCLUSIONS

1° Les abcès de la cloison recto-vaginale constituent une affection rare dont un très petit nombre de cas ont été publiés.

2° L'identité des cas observés, leur ressemblance dans les signes cliniques, l'évolution, l'anatomie pathologique, permet de conclure à une entité morbide bien définie.

3° La lésion bien limitée à la cloison recto-vaginale est un adeno-phlegmon. L'adeno-phlegmon s'explique par la présence de nodules lymphatiques sur le trajet des collecteurs du vagin et du rectum qui cheminent dans l'épaisseur même de la cloison.

4° L'étiologie en est assez obscure. Cependant, par la disposition du réseau lymphatique, on peut considérer que la porte d'entrée des germes pathogènes est dans la muqueuse du col utérin, du vagin et du rectum.

Les abcès qui se forment dans les ganglions para-vaginaux seraient non fétides, les abcès formés dans les ganglions ano-rectaux seraient fétides.

5° Parmi les symptômes, l'intensité des signes locaux, douleur, tenesme, hémorragies, contraste avec l'atteinte légère de l'état général.

Un signe capital est la localisation bien limitée de la collection. Le cul-de-sac postérieur du vagin est libre, le sillon rétro-cervical n'est pas effacé.

6° L'évolution est celle d'un adéno-phlegmon : au stade d'inflammation succède un stade de ramollissement et de suppuration. L'évolution se fait indépendamment des lésions concomitantes et il semble qu'on ait affaire à une lésion primitive.

7° Le diagnostic est facile, car les signes sont caractéristiques, tout au moins à la période d'état.

On perçoit nettement la limite supérieure, le cul-de-sac de Douglas est vide, le cul-de-sac vaginal postérieur non effacé.

8° L'intervention chirurgicale est indiquée à partir du moment où la fluctuation est bien nette. L'ouverture peut se faire à travers la paroi postérieure du vagin, à travers la paroi antérieure du rectum, ou par dédoublement de la cloison recto-vaginale.

L'abcès guérit sans laisser de traces.

Vu :

Le Doyen,
BALTHAZARD.

Le Président de la Thèse,
LENORMANT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris
CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

Ch. LENORMANT. — *Annales d'anatomie pathologique et d'anatomie normale médico-chirurgicale*, tome VIII, n° 1, janvier 1931.

FOLLIASSON et BÉCHET. — *Annales d'anatomie pathologique et d'anatomie normale médico-chirurgicale*, tome VIII, n° 3, 10 mars 1932.

X. J. CONTIADES. — *Annales d'anatomie pathologique et d'anatomie normale médico-chirurgicale.*

Tome IX, n° 3, 10 mars 1932.

POIRIER et CHARPY. — *Traité d'anatomie humaine.*

MARCILLE M. — *Lymphatiques et ganglions ilio-pelviens.* Thèse de Paris, 1902.

CATEULA. — *Annales d'Anatomie pathologique et d'Anatomie normale médico-chirurgicale.*

Tome VIII, n° 3, 6 mars 1930.

Tome VIII, n° 7, 3 juillet 1930.

Tome VIII, n° 8, novembre 1931.

H. ROUVIÈRE. — *Anatomie des lymphatiques de l'homme.*

44